

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Zahnschmuck Motiv: _____

1. GESUNDHEITZUSTAND

Ich bestätige, dass ich **keine** der folgenden Erkrankungen oder Einschränkungen habe:

- Akute oder chronische Zahnerkrankungen (z. B. Karies, Parodontitis)
- Entzündungen im Mundraum oder an den Zähnen
- Zahnfleischerkrankungen
- Künstliche Zähne oder Zahnsparangen an der Stelle, an der Zahnschmuck angebracht werden soll
- Allergien gegen Dentalmaterialien, Klebstoffe oder Edelmetalle
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Bruxismus/Zähneknirschen
- Zahnärztlicher oder Kieferorthopädische Behandlung
- Eingeschränktes Immunsystem oder bekannte Blutgerinnungsstörungen

Sollte einer dieser Punkte auf mich zutreffen, informiere ich das Studio vor dem Eingriff. Mir ist bewusst, dass in solchen Fällen der Eingriff abgelehnt werden kann.

3. AUFKLÄRUNG ÜBER DEN EINGRIFF

- Zahnschmuck hat ausschließlich dekorativen Charakter und ist medizinisch nicht notwendig
- Der Schmuck wird mit einem speziellen, medizinisch geeigneten Kleber auf dem Zahn befestigt
- Der Zahn wird dabei nicht geschädigt oder dauerhaft verändert
- Der Schmuck kann sich mit der Zeit lösen
- Sehr gute Mundhygiene extrem wichtig ist
- In Einzelfällen können Reizungen, Verfärbungen oder Schäden entstehen

4. NACHSORGE UND HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Ich verpflichte mich, die Nachsorgehinweise zu befolgen:

- Mindestens 1 Stunde nach dem Anbringen nichts essen oder trinken (außer Wasser)
- In den ersten 48 Stunden keine heißen, klebrigen oder harten Lebensmittel
- Den Zahnschmuck nicht mit der Zunge manipulieren oder mechanisch entfernen
- Frühestens nach 6 Stunden Zähne putze bzw. frühestens nach 12 mit einer elektrischen Zahnbürste

Mir ist bewusst, dass das Studio keine Haftung für Schäden oder Komplikationen übernimmt, die durch Missachtung der Pflegehinweise oder Fremdeinwirkungen entstehen.

5. EINWILLIGUNG

- Ich alle oben genannten Punkte verstanden habe
- Ich den Zahnschmuck freiwillig und in Kenntnis der Risiken anbringen lasse
- Ich volljährig bin oder – falls unter 18 – die Anforderungen für Minderjährige erfülle (siehe unten)
- Ich bin mit der anonymisierten Verwendung von Fotos/Videos meines Zahnschmucks zu Werbezwecken einverstanden: [] Ja [] Nein

Würzburg, den: _____

Unterschrift: _____

FÜR KUND*INNEN UNTER 18 JAHREN (MINDESTALTER: 14 JAHRE)

Der Eingriff ist nur erlaubt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die minderjährige Person ist mindestens 14 Jahre alt
- Eine erziehungsberechtigte Person ist beim Termin anwesend
- Es liegt das schriftliche Einverständnis des zweiten Erziehungsberechtigten vor
- Eine Kopie des Ausweises des zweiten Elternteils wird abgegeben (zur Identitätsbestätigung)

ANWESENDE*R ERZIEHUNGSBERECHTIGTE*R (AM TAG DES EINGRIFFS):

Name: _____

Beziehung zum Kind: Mutter / Vater

Telefonnummer: _____

Würzburg, den: _____

Unterschrift: _____